



1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

PROGRAMA SA TULONG-PINANSYAL NG PROVIDENCE HOSPITAL

MGA TAGUBILIN SA PAG-A-APPLY:

Kung gusto mong mag-apply para sa Programa sa Tulong-Pinansyal ng Providence Hospital, pakisagutan at pakibalik ang nakalakip na Aplikasyon. Kung mayroon kang anumang mga tanong, matutulungan ka ng mga kawani ng Providence Hospital sa pagsagot ng iyong mga tanong, at magagabayan ka nila sa pagsasagot ng Aplikasyong ito.

Susuriin ang iyong sinagutang Aplikasyon para sa diskwento na nakabatay sa kita ng inyong sambahayan at bilang ng mga dependent na tao sa inyong sambahayan. Kung kwalipikado, ang porsyento ng diskwento ay mula sa 70% hanggang 100%. Kung hindi ka kwalipikado para sa programang ito, awtomatiko kang makakatanggap ng 65% na diskwento sa iyong mga medikal na serbisyong walang insurance.

PAGIGING KWALIPIKADO

Upang maging kwalipikado para sa Tulong-Pinansyal, pakitandaan ang sumusunod:

- Maaaring kailangan ng Aplikasyon para sa lokal, pang-estado, o pederal na tulong.
- **Kailangang mapatunayan ang kita ng sambahayan. Mangyaring magbigay ng patunay ng kita ng sambahayan. (Tax return at/o mga kamakailang pay stub) Kung wala kang kita, mangyaring magbigay ng pahayag na nagpapaliwanag kung paano ka nasusuportahan sa pinansyal na paraan.**
- Dapat ding iulat ang iba pang mga pinagkakakitaan at kabilang dito ang: suporta sa bata (child support), sustento (alimony), benepisyong natatanggap ng empleyadong nagkaroon ng pinsala sa trabaho (worker's compensation), tulong mula sa pamahalaan (public assistance), kita sa self-employment, at benepisyo para sa walang trabaho (unemployment income).

Walang Tulong-Pinansyal para sa:

- Mga personal na item, gaya ng mga gastos sa telebisyon.
- Serbisyong hindi medikal na kinakailangan kabilang ang mga cosmetic na proseso at paggamot sa pagkabaog
- Serbisyong sinasaklaw ng insurance sa isa pang network ng pangangalagang pangkalusugan.
- Mga item sa parmasya na mabibili nang walang reseta.

Ang pagpapasiya sa Tulong-Pinansyal ay malalapad lang sa serye ng pangangalaga para sa pagsasagot ng Aplikasyong ito.

Ipadala ang aplikasyon sa: Providence Hospital
ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

I-fax ang aplikasyong ito sa: (202) 281-3143

Para sa mga tanong hinggil sa aplikasyong ito: (202) 854-4081



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)				Account No.	
Patient Name:	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Address:	City	State	Zip	Email Address	
Social Security Number:	Employer	Full Time	Part Time	How many hrs/wk	
Employer Address:	City	State	Zip	Telephone No.	

RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION

Name	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Same as above					
Address	State	Zip	Email Address		
Social Security Number	Employer	Full Time	Part Time	How many hrs/wk	
Employer Address	City	State	Zip	Telephone No.	

RESPONSIBLE PARTY SPOUSE INFORMATION

Spouse's Name		Social Security Number		Birth Date	
Spouse's Employer:	Address:	City	State	Zip	Telephone No.

DEPENDENTS:

Name	Age	Relationship	Name	Age	Relationship

GROSS MONTHLY INCOME			MONTHLY LIVING EXPENSES	Payment	Balance
Applicant Earned Income			Mortgage/Rent		
Applicant Spouse's Income			Electricity		
Social Security Benefits			Gas		
Pension/Retirement Income			Telephone		
Unemployment Compensation			Water		
Worker's Compensation			Groceries		
Interest / Dividend Income			Cable TV		
Child Support			Car Payment		
Alimony			Cell Phone		
Rental Property Income			Day Care		
Food Stamps			Child Support/Alimony		
Other			Prescription Drugs		
Other			Credit Cards:		
TOTAL GROSS INCOME:			1.		
			2.		
			3.		
ASSETS			Other Doctor / Hospital Bills:		
Cash on Hand					
Savings Account					
Checking Account					
C.D.'s					
Securities					
Life Insurance					
Other Real Estate					
Other			Insurance Expense:		
Vehicle / Make & Model:	Year	Value	1. Automobile		
			2. Property		
			3. Medical / Life		
			Other Loan Payments:		
			1.		
			2.		
Financial Settlements:			Other Monthly Payments:		
Life Insurance			cobra		
Inheritance			life insurance		
Other			3.		
TOTAL VALUE OF ASSETS:			TOTAL MONTHLY EXPENSES:		

COMMENTS:

I hereby certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the hospital to obtain information from external credit reporting agencies if the hospital deems necessary.

Date

Signature of Patient, Spouse, Guarantor or Legal Representative

PROVIDENCE HOSPITAL
APLIKASYON SA TULONG-PINANSYAL

KATIBAYAN

Kinukumpirma ng aking lagda sa form na ito na ang lahat ng pahayag ay totoo sa abot ng aking kaalaman at ibinunyag ko ang lahat ng impormasyon hinggil sa aking pananalapi. Nauunawaan ko na ang maling pagkakatawan sa aking pananalapi kaugnay ng Aplikasyon na ito, o anumang hindi pakikibahagi sa mga hakbang upang maging kwalipikado ako sa mga programa na maaaring magsaklaw sa mga gastusin ng aking pangangalaga (halimbawa, Medicaid, paghahabol sa personal na pinsala, benepisyong natatanggap ng empleyadong nagkaroon ng pinsala sa trabaho (workmen's compensation)) ay maaaring maging dahilan upang mapawalang-bisa ang anumang pagbibigay ng Tulong-Pinansyal at magkakaroon ako ng pinansyal na pananagutan para sa mga serbisyong ibinigay. Sumasang-ayon ako na pahintulutan ang Providence Hospital o ang mga kinatawan nito sa paghiling at pagsusuri ng ulat ng aking mga credit at upang magsagawa ng iba pang makatuwirang hakbang sa pagpapatunay ng lahat ng ibinigay na impormasyon.

Nauunawaan ko na kung magiging kwalipikado ako para sa hindi ganap na tulong-pinansyal, magkakaroon ako ng pananagutan sa natitirang bahagi ng aking bayarin.

Pahayag Hinggil sa Kabuuang kita (bago mapatawan ng mga buwis at withholding)

Ang Aking Kabuuang Taunang Kita ng Sambahayan (idagdag ang Taunang Column ng Pasyente at Asawa mula sa kabilang bahagi at isulat ang kabuuan sa ibaba):

Pahayag Hinggil sa Kawalan ng Kita

Magbigay ng maikling paglalarawan tungkol sa iyong sitwasyong pinansyal/sitwasyon sa pamumuhay at kung bakit mo kailangan ng tulong-pinansyal sa iyong (mga) medikal na bayarin.

Mangyaring Lumagda sa Ibaba:

Magulang /Tagapangalaga

(Petsa)